№ 6. Czerwiec 1912 r. Rok VII.

Kronika Dentystyczna

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Rys ortodontji nowoczesnej

podług systemu Angle'a

NAPISAŁ

Wincenty Zawidzki.

Lekarz-dentysta.

(Ciąg dalszy. Zob. № 10, 11, 12 r. ub., № 2, 3, 4, 5 r. b.).

7. *Rozmaite rodzaje nawiązek: z drutu, nici jedwabnej i obrączek gumowych.*

Zależnie od położenia łuku sprężystego w stosunku do zębów lub przeciwnie, również prędszego lub powolniejszego zamiaru postępowania, wreszcie indywidualnej reakcji pacjenta, stosujemy nawiązki z drutu mosiężnego, jedwabnej nici kręconej lub obrączek gumowych. Własności fizyczne tych materjałów mówią *eo ipso* o ich działaniu, które dla naszych celów tak się przedstawia:

a) drut działa natychmiast po nałożeniu nawiązki mniej lub więcej intensywnie, zależnie od jego naciągnięcia, czyli wgięcia resp. zbliżenia łuku do zęba; okres i efekt działania zależy tu od sprężystości łuku, sztywnie połączonego z zębem;

b) kręcona nić jedwabna działa dzięki skracaniu się pod wpływem wilgoci resp. przepojenia śliną, który to objaw fizyczny wyzyskujemy, naciągając jaknajmocniej nić; okres i siła działania są tu znacznie większe, niż przy nawiązce drucianej, gdyż prócz sprę-

żystości łuku rozciągnięta nić sama działa, dążąc do skracania się według prawa fizycznego; zależnie od grubości i długości nici powiększa się czas i siła działania;

c) obrączki gumowe njawniają własności nici jedwabnej, działając jednakowoż dłużej; tu należy umieć orjentować się co do siły kontrakcyjnej gumy, żeby nie powodować podrażnienia ozębnej; wybór odpowiedniej wielkości obrączki gumowej jest rzeczą główną, aby otrzymywać w okresie kilkudniowym od nałożenia nawiązki do jej zdjęcia dobry wynik przy łagodnej, lecz stale działającej sile; naturalnie wiek pacjenta odgrywa tu znaczną rolę, bo gdy u 10-letniego pacjenta niezbyt naciągnięta obrączka działać może zbyt gwałtownie, to u 20-letniego ta sama, naciągnięta do ostateczności, działać będzie właśnie dostatecznie, bez jakichkolwiek ujemnych objawów.

Przypatrzmy się teraz ligaturom czyli nawiązkom z drutu. Ostatni może być cienki, średniej grubości i gruby (White'a) lub cienki i gruby (Schweizer-Regulierungs-Apparate). Najczęściej używamy drutu cienkiego, następnie średniej grubości, gdy konieczne jest silniejsze działanie resp. przytrzymywanie danego zęba wobec przejściowego zwarcia, np. podczas przesuwania przednich zębów naprzód w klasie III podług Angle'a. Po przesunięciu np. środkowych górnych siekaczy poza zęby dolne wystarczy drut cienki. Drutu grubego możemy używać w tych samych przypadkach, w których bywa używany drut średniej grubości oraz, jak już nadmieniono, dla oddzielania zębów przed nakładaniem na trzonowce bandaży z kręlem i rurką.

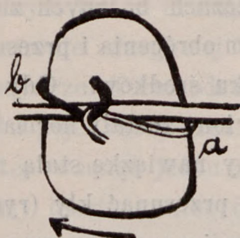
Główne rodzaje nawiązek z drutu są:

1) a: Nawiązka pojedyncza (rys. 65 i 66): jeden koniec drutu przeciągamy pod łukiem i naokoło powierzchni językowej zęba oraz pomiędzy zębem sąsiednim nad łukiem, aby następnie obydwa końce skręcić w węzeł (rys. 74); jeżeli ząb przylega do łuku, wtenczas daje się zauważyć działanie uboczne nawiązki pojedynczej: obrót osi strzałkowej (sagitalnej) resp. poprzecznej (transwersalnej), jak pokazuje strzała na rys. 65; ząb wówczas pochyla się w stronę zwoju szyjkowego (rys. 65 *b*), gdyż zwój *a* (zob. rys. 65) działa silniej, tworząc dłuższe ramię dźwigni.

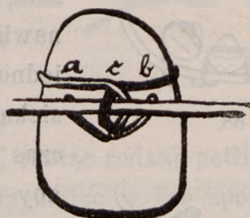
b: Nawiązka pojedyncza krzyżowata (rys. 66), którą stosować możemy: 1) gdy chcemy zapobiedz pochylaniu się zęba, 2) gdy ząb nie przylega do łuku, 3) gdy nawiązka pojedyncza z zęba się zsunie;

prócz siekaczy nadaje się ona również i dla kłów oraz dwuguzkowców, jeżeli ostatnie jeszcze nie zupełnie się wyrznęły.

Przeciągnąwszy jeden koniec naokoło zęba nad łukiem, krzyżujemy końce (rys. 66) i przeciągamy górny koniec (rys. 66 *a*) *pod* łukiem, wiążąc go potem z drugim końcem.



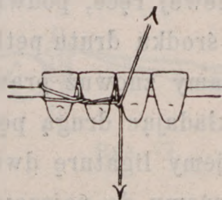
Rys. 65.



Rys. 66.

2) a: Nawiązka podwójna na jeden ząb: jeden koniec drutu przeciągamy *pod*, a drugi *nad* łukiem, aby górny koniec (który jest nad łukiem, t. j. od strony siecznej zęba) przesunąć pomiędzy zębem sąsiednim *pod* łukiem, a koniec dolny *nad* łukiem, t. j. przeciwnie i zakończyć ligaturę węzłem; nawiązka ta zatrzymuje ząb w danej pozycji, np. *po* dokonanym obrocie około osi, i jest bardziej hygjeniczna od pierwszej; w ten sposób możemy jednym drutem połączyć więcej zębów z łukiem, robiąc:

b: nawiązkę ciągłą (fortlaufende Dopellligatur Körbitz'a); przeciągamy zatem jeden koniec drutu *pod*, a drugi *nad* łukiem, pierwszy koniec zostawiamy w ustach, a drugi przesuwamy pomiędzy zębem sąsiednim *pod* i z powrotem *nad* łukiem tak, że oba końce teraz się krzyżują, przyczem pozostały w ustach koniec leży niżej, t. j. od strony korzenia zębowego; biorąc jeden koniec palcami lewej, a drugi palcami ręki prawej (jaknajbliżej zęba), robimy węzeł (po stronie językowej), naciągając drut silnie podczas pierwszej połowy obrotu, aby go już następnie zakręcić bez naciągania na szerokość zęba sąsiedniego; rys. 67 pokazuje początek nawiązki, przebieg jej po stronie językowej, węzeł pierwszy i znowuż przebieg jej po stronie językowej zęba następnego, z tą różnicą, że końce są zakręcone; rysunek właśnie uwydatnia zakończenie pół obrotu węzła po przesunięciu jednego końca *pod* i z powrotem *nad* łukiem, po którym to rękoczynie



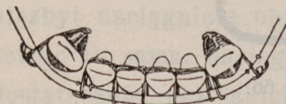
Rys. 67.

należy znowuż oba końce skręcać na szerokość zęba następnego i t. d. Po zakończeniu nawiązki przeciągamy, jak zwykle, jeden koniec *pod* a drugi *nad* łukiem, aby zrobić węzeł.

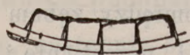
Rys. 68 przedstawia ligaturę stałą na środkowych siekaczach dolnych, ustawionych już prawidłowo, żeby ich w tej pozycji utrzymać; na siekaczach bocznych znajdują się nawiązki, celem obrócenia i przesunięcia ich jednocześnie ku środkowi. Gdy wszystkie siekacze ustawione zostały normalnie, wówczas nakładamy nawiązkę stałą na 4 zęby, aby następnie przesunąć kły (rys. 69). Dla lepszej orjentacji przedstawiamy na rys. 70 samą tylko nawiązkę stałą z łukiem na 4 zęby, z czego widzimy nietylko sposób robienia jej, lecz także wielkie znaczenie dla retencji dolnych zębów, nie mówiąc już wcale o jej wartości hygjenicznej. Nawiązkę tę wprowadził Körbitz i wzbogacił nią liczbę ligatur ortodontycznych. Wymaga ona co prawda pewnej wprawy, lecz po osiągnięciu tej oddaje nam nieocenione usługi przeważnie dla dolnych siekaczy.



Rys. 68.



Rys. 69.



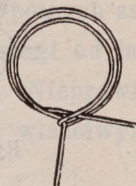
Rys. 70.

3) Nawiązka dwupętlowa bywa używana głównie dla zębów przednich i tylko wyjątkowo dla dwuguzkowców, aby je wydłużyć, czyli „wyciągać z zębodołów". Ligaturę tę można wykonać dwojakim sposobem:

a) *poza obrębem zęba*, nakładając już gotową; postępujemy wówczas w ten sposób: trzymając jeden koniec drutu (tylko cienki się nadaje) w lewej ręce, podwijamy koniec drugi prawą ręką, przez co powstaje po środku drutu pętla; wziąwszy pętlę pomiędzy palce lewej ręki, podwijamy znowuż prawą ręką drut, aby pod pierwszą pętlą zrobić drugą, nakładając drugą pętlę na pierwszą, trzymaną w lewej ręce; otrzymujemy ligaturę dwupętlową (rys. 71), którą *przed* nałożeniem na ząb zwężamy do najszerszej objętości zęba, żeby ją swobodnie przesunąć na szyjkę zęba; tam naciągamy ją, biorąc końce oddzielnie w prawą i lewą rękę (rys. 72); jeden koniec przeciągamy teraz *pod* łukiem, który leży niżej szyjki zęba i podnosimy łuk, żeby po zrobieniu węzła wyzyskać pożądane działanie;

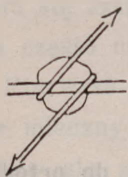
b) *na zębie*, gdy zęby stoją bardzo ciasno, tak że cienki nawet drut nie przechodzi pomiędzy nimi; przeciągamy tedy jeden koniec drutu dwukrotnie wokoło zęba ponad brodawką zębową, tak że od strony podniebiennej lub językowej leży drut podwójnie, a nad łukiem dośrodkowo i odśrodkowo w stosunku do zęba mamy po jednym końcu drutu; na szyjce więc po stronie wargowej leży drut tylko pojedynczo. Teraz odsuwamy cokolwiek ów pojedynczy drut wargowy, aby pod ten wsunąć jeden z końców, robiąc rodzaj pętli, przez którą przesuwamy drugi koniec drutu, otrzymując w ten sposób nawiązkę dwupętlową.


Rys. 71.


Rys. 72.

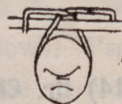
Naciągając końce, baczymy na to, żeby nawiązka leżała na szyjce, a przesunąwszy jeden koniec *pod* łuk, robimy węzeł, jak zwykle.

Ważną rolę odgrywa sposób robienia węzła z drutu oraz zaopatrywanie końców jego, żeby zapobiedz podrażnieniu śluzówki lub rozwiązaniu nawiązki. Najpierw naciągamy nieco końce drutu (rys. 73), trzymając je pomiędzy palcami jaknajbliżej zęba i łuku sprężystego, starając się wgiąć ostatni w stronę zęba. Naciągając końce w dalszym końcu, robimy $^1/_2$ obrotu (rys. 74), aby następnie zrobić jeszcze $^1/_4$ obrotu (rys. 75), nie naciągając silnie, żeby się drut cienki nie zerwał. Końce przeciągamy teraz pod łukiem, każdy oddzielnie (rys. 76) lub oba z jednej strony węzła (rys. 80). Żeby na początku leczenia zapobiedz podrażnieniu śluzówki, możemy łopatkę specjalnego narzędzia № 2 włożyć pomiędzy drut a łuk (rys. 77), aby w powstałej szczelinie módz umocować gutaperkę, zakrywając w ten sposób węzeł. Rysunki 78, 79, 80 przedstawiają przebieg zaopatrywania końców na-


Rys. 73.

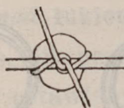

Rys. 74.


Rys. 75.

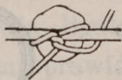

Rys. 76.


Rys. 77.

wiązki. Na rys. 81 przedstawiamy nieprawidłowy węzeł, dzięki któremu nawiązka staje się bezwartościową. Końce drutu ligaturowego odcinamy prostemi nożycami (White'a lub Ash'a, rys. 82), trzymając



Rys. 78.



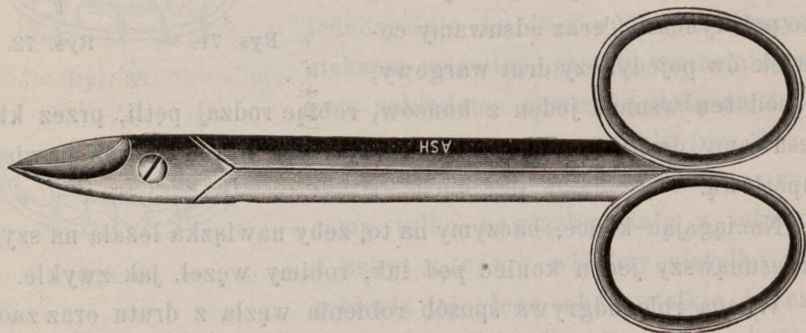
Rys. 79.



Rys. 80.



Rys. 81.



Rys. 82.

je pod ostrym kątem (ca. 45°) z wargową powierzchnią zęba. Prócz tego upewniamy się jeszcze palcem, czy ostry koniec wystaje lub nie, żeby go w razie potrzeby jeszcze ściąć nożycami. *D. c. n.*

Dział sprawozdawczy.

14) Dr. Chenery William. Rynologja i jej stosunek do ortodontji (Dental Cosmos. II r. ub.).

Związek przyczynowy pomiędzy zatkaniem górnego odcinka dróg oddechowych i oddychaniem ustami z jednej strony a nieprawidłowościami zębów i szczęk z drugiej już wielokrotnie był rozstrząsany przez odnośnych specjalistów, wskutek czego powstała pomiędzy nimi ściślejsza łączność. Naukowo wykształcony dentysta nie może już obecnie poprzestać na usuwaniu zepsutych zębów i mechanicznem zakładaniu plomb; tak samo rynolog nie może zadowalniać się jedynie oczyszczaniem przewodów nosowych oraz przestrzeni nosowo-gardłowej.

Dokładne oględziny mają szczególne znaczenie u pacjentów w wieku od 4 do 12 lat, ponieważ w tym okresie rozwoju pomoc chirurgiczna może

wiele się przyczynić do usunięcia zboczeń. I zdrowie i piękność twarzy jednakowo zależą od normalnego, harmonijnego i symetrycznego rozwoju jamy ustnej, zębów i nosa. Dentysta zajmuje się sprawami jednej części, rynolog—drugiej, lecz mają oni mnóstwo wspólnych zadań. Jak jama nosowa i nosowo-gardłowa wymagają uwagi od lat najmłodszych, tak i zęby już od chwili ich ukazania się. Nieprawidłowościom można skutecznie zapobiedz, o ile na nie we właściwym czasie zwrócimy uwagę.

Po urodzeniu twarz w porównaniu z pozostałą częścią głowy zajmuje bardzo mało miejsca. Rozwija się ona stopniowo i dochodzi do ostatecznego rozwoju około 20 roku. Nieznaczna nieprawidłowość w rozwoju jednej którejkolwiek części twarzy może wywołać w następstwie stosowne zmiany w innych częściach. W miarę rozwoju wady oraz braki zwiększać się będą i wówczas stają się trudniejszemi do poprawienia. Dziedziczność wywiera znaczny wpływ na ogólny wygląd twarzy, lecz duże też mają znaczenie warunki dalszego jej rozwoju i przyzwyczajenia. Przewody nosowe po urodzeniu zwykle są dobrze sformowane i funkcjonują prawidłowo. Dzięki sposobowi, w jaki niemowlę odżywia się, oddychanie nosem ustala sama natura. Zęby mleczne, nie będąc w żadnej zależności od innych zębów, u zdrowego dziecka rozmieszczone są i stykają się prawidłowo. Lecz przy powiększaniu się szczęki dla rozmieszczenia większych zębów drugiego uzębienia często następują rozmaite zboczenia od normy.

Pierwsze stałe trzonowce śladem już znajdujących się w ustach zębów mlecznych zwykle wyrzynają się również prawidłowo. Wszyscy zgadzają się z tem, że zęby te mają wielkie znaczenie w rozwoju szczęk; to też Angle zaobserwował kilka tysięcy przypadków nieprawidłowego zwarcia zębów i znalazł co następuje:

Łuki w normalnym do- i odśrodkowym stosunku . . w 69,2% prz.
Dolny łuk idzie odśrodkowo w porównaniu z normalnym w stosunku do górnego. . . . . „ 26,6% „
Dolny łuk idzie dośrodkowo w porównaniu z normalnym w stosunku do górnego . . . . „ 4,2% „

Zasługują na uwagę przyczyny dwóch ostatnich zboczeń, stanowiących około 31% wszystkich nieprawidłowości wogóle.

Absolutnie ścisłej symetrji niema w naturze; odżywianie się, rozwój organizmu, przyzwyczajenia w ten lub inny sposób wywierają wpływ

na ostateczne wyniki. Rysy twarzy, naprzykład, są bardzo zależne od drugiego zębowania. Przed tym okresem siła twórcza organizmu skierowana jest głównie na czaszkę; później zaczyna się formowanie jam dodatkowych; zwiększa się pod wzgl. wysokości jama nosowa, a łuki szczękowe rosną. Formuje się twarz; i w tem stadjum zasadnicze ma znaczenie symetrja wymiarów jamy nosowej i należyte użytkowanie przewodów nosowych. Przyszłe rozmiary i forma jamy nosowej zależą od obszaru zatoki Highmor'a i kierunku jej wewnętrznej ścianki, od symetryczności twardego podniebienia i grzebieni wyrostków podniebiennych kości górno-szczękowej. Z drugiej strony forma jamy ustnej zależy od symetrycznego rozwoju połówek twardego podniebienia i prawidłowego rozmieszczenia wyrostków podniebiennych kości górnej szczęki oraz prawidłowego stykania się zębów. Zboczenia zauważyć się dają przeważnie w górnej szczęce i, jeżeli brać pod uwagę mnóstwo zmian, występujących podczas wyrzynania się zębów, możliwość różnych wypadków, nieprawidłowość odżywiania się i niewłaściwe przyzwyczajenia, to trzeba podziwiać, że natura sama, bez wszelkiego udziału sztuki, tak harmonijnie wypełnia swoją twórczą pracę.

Wiadomo, że w celu prawidłowego rozmieszczenia zębów stałych ważnem jest zachowanie mlecznych zębów, lecz i zbyt długie zatrzymanie ostatnich może niekorzystnie wpłynąć na umiejscowienie się stałych. Przedwczesna utrata jednego zęba często staje się powodem zboczeń i niesymetrji, gdyż każdy ząb jest niezbędnym dla rozwoju i zachowywania w stanie normalnym łuku. Nieprawidłowe stykanie się zębów może powstawać od spóźnionego wyrzynania się stałych zębów, od zębów nadliczbowych, od nieużywania zębów i nieszczęśliwych wypadków. Prócz tego ssanie wielkiego palca, wargi, języka lub smoczka, jeśli to przeciąga się zbyt długo, stanowić może przyczynę nieprawidłowego stykania się zębów i nieprawidłowego rozwoju szczęk.

Z liczby wszystkich różnorodnych przyczyn niesymetrycznego rozwoju twarzy oraz łuków zębowego i szczękowego najbardziej oddziaływa i, jak się zdaje, najczęściej się spotyka oddychanie ustami. Niestety, ono właśnie najczęściej daje się zauważyć w najmłodszych latach, gdy wpływ jego na rozwój może mieć szczególne następstwa. Te uwydatniają się w rozwoju mięśni, kości, w czynności nosa, policzków

i języka, wreszcie stykaniu się zębów, ma się rozumieć, zależy od stopnia oddychania ustami, długotrwałości tegoż i okresu, w jakim znajduje się fizyczny rozwój dziecka.

Rozpatrując sprawę oddychania ustami z punktu widzenia rynologji, niezbytecznem będzie przypomnąć sobie niektóre szczegóły z anatomji i fizjologji. Normalną drogę dla przedostającego się do płuc powietrza stanowi nos, a nie usta. Uchylenia od tej reguły na czas dłuższy sprowadza bardzo szkodliwe następstwa, zwłaszcza w młodości. Nienormalny ten sposób szybko i łatwo wchodzi w zwyczaj i wywołuje w następstwie zmiany patologiczne. Jama nosowa jest tak zbudowana, że powietrze, przechodząc przez jej oddziały, nagrzewa się do temperatury ciała, nasyca się wilgocią i oczyszcza z kurzu. W ten sposób przez drogę, którą uprzednio przechodzi, powietrze przysposabia się do zetknięcia z delikatnemi oskrzelami (bronchiola), w których oddaje swój tlen krwi. Śluzówka, wyściełająca przewody nosowe, jest nader wrażliwa. W zwykłych warunkach jest ona zwilżona śluzem, nie o tyle jednak, ażeby zachodziła potrzeba użycia chustki (do nosa). Płyn, wydzielany przez tę śluzówkę, służy do zwilżania wdychanego powietrza oraz samej śluzówki, zmywa on brud i bakterje, dzięki samemu nabłonkowi wyrzuca wszelkie obce naleciałości, kierując je do otworu nosowego.

Górna część jamy nosowej jest częścią węchową; dlatego też oddychanie nosem jest koniecznym warunkiem normalnego powonienia. Dla ostrego powonienia niezbędnem jest, aby drogi węchowe były czyste, wolne od narośli i nagromadzonych zbytecznych wydzielin, a śluzówka powinna mieć zawsze wilgotną powierzchnię.

Ujścia gardłowe trąbki Eustachjusza znajdują się z obu stron przestrzeni nosowo-gardłowej, tuż za brzegiem tylnych otworów nosowych i na jednym poziomie z dolnemi muszlami.

Podczas łykania trąbki te otwierają się, jeżeli nie są pokryte śluzem i nie zatkane naroślami. Wskutek tego ważnem jest, ażeby jama nosowo-gardłowa wolna była od wszelkich przeszkód, czy to nagromadzenia śluzu, czy też przerostu tkanki gruczołowej. Stwierdzono też związek pomiędzy niektóremi chorobami oczu a zmianą ciśnienia w nosie. Prócz tego brzmienie i rodzaj głosu zależą od formy i drożności przewodów nosowych, jamy nosowo-gardłowej i jamy ustnej. Z tego wszystkiego widać, jak ważną rzeczą jast, ażeby usta

i nos były ukształtowane prawidłowo, wolne od przeszkód postronnych i funkcjonowały prawidłowo. We wszystkich przypadkach, w których stwierdzono oddychanie ustami, spowodowane ono zostało takiem lub innem zboczeniem od stanu normalnego; trzeba się starać, ażeby odnaleźć i usunąć tę przeszkodę w celach zdrowia, normalnego słuchu, normalnego węchu, dobrego wzroku, dźwięcznej mowy, zdrowych zębów i przyjemnego wyrazu twarzy.

W normalnym stanie powietrze powinno być wdychane i wydychane przez nos i to równomiernie przez obydwa nozdrza. Zamiast nosa używać w tym celu ust można tylko chwilowo, w razie przyśpieszonego oddechu, zaspokajając tylko konieczność na razie. Stałe zaś oddychanie ustami dowodzi istnienia jakichś przeszkód w nosie lub jamie nosowo-gardłowej, lub też stanowi wynik przyzwyczajenia, które pozostało po usunięciu przeszkody. Wszystko, co wpływa na zwężenie światła przewodów nosowych, utrudnia również mniej lub więcej oddychanie, zwiększa ilość wydzielin, zmieniając ich postać, a w rezultacie tego wszystkiego powstaje oddychanie ustami, zwłaszcza podczas nocy. Jama nosowa wymaga zawsze dobrej wentylacji i drenowania. Jeżeli oddychania ustami nie usuniemy całkowicie, mięśnie twarzy słabną. Zaokrąglona twarz dziecka wydłuża się i staje się wązką, nozdrza się zapadają wskutek braku ćwiczenia, sklepienie podniebienia nie ma normalnej formy kopuły. Pod wpływem ucisku mięśni policzkowych kości, tworzące sklepienie podniebienia, zmieniają kształt i czynią je wysokiem na podobieństwo litery V. Ciśnienie zwykłe, które wstrzymuje środkowe siekacze od pochylenia się ku przodowi, przestaje działać, tak że działanie wypychające języka nie ma przeciwdziałania (przeciwwagi).

Ciągły ucisk szczęk z boków wychyla zęby ku krzodowi, skutkiem czego środkowe siekacze naciskają jeden na drugi lub zachodzą na siebie, boczne zaś wcale nie przyjmują udziału w zwarciu szczęk. Górne siekacze wyraźnie zachodzą na dolne, i funkcje gryzienia i odcinania tymi zębami stają się nieprawidłowemi. Nie należy zapominać, że sklepienie podniebienia jest jednocześnie dnem jamy nosowej. Dlatego też przy wysokiem podniebieniu podnosi się dno jamy nosowej, co utrudnia odpływ wydzielin, wytwarzają się warunki do zatrzymywania ich, sprzyjając rozwojowi drobnoustrojów.

Jedną z najczęstszych przyczyn oddychania ustami u dzieci

stanowią: rozrost gruczołów i powiększenie migdałów. W bezpłatnej klinice chorób nosa i gardła w Bostonie w l. 1906 i 1907 leczono 2663 dzieci w wieku do lat 15 i niżej. Podług adnotacji wypadło, że najczęściej spotykanemi chorobami były rozrosty gruczołów i przerost migdałów, które znaleziono w 64,8% przyp. Dalej następują co do liczebności: ostre zapalenie migdałów—6%, katar chroniczny—5%, skrzywienie przegrody nosowej—3½%. Choroby te stanowiły około 85% wszystkich odnotowanych przypadków.

W ubiegłym roku wydział hygjeny szkolnej w Bostonie urządził u siebie zakład szkolnych pielęgniarek. W wydanem świeżo sprawozdaniu inspekcji szkolnej zamieszczono dane o działalności pielęgniarek w 1907—08 roku szkolnym. Pod ich opieką znajdowało się 11,143 przypadków chorób nosa i gardła, a w tej liczbie 7056, czyli więcej niż 63%, rozrostów gruczołów i przerostu migdałów. Następną co do liczebności chorobą było ostre zapalenie migdałów w 1373 przypadkach, czyli 11%. W ³/₄ przypadków uskarżano się na rozrost gruczołów i te lub inne cierpienia migdałów.

Fakt ten mówi za siebie, i dentyści powinni nań zwrócić uwagę, ponieważ wykazuje on zwykłe przyczyny oddychania ustami, które w następstwie sprowadza nieprawidłowe rozmieszczenie zębów. Aldt twierdzi, że rozrost gruczołów jest bardzo często spotykaną chorobą, lecz zbyt mało zwracają nań uwagę praktykujący lekarze. Stanowi; on źródło mnóstwa przeróżnych niedomagań i częściej doprowadza do słabego odżywiania się organizmu, aniżeli wszelkie inne przyczyny patologiczne.

Pod rozrostem gruczołów (adenoid) rozumiemy przerosty gruczołów limfatycznych, najdujących się na ściance górnej jamy nosowo-gardłowej. Gruczoł taki niekiedy zwie się trzecim lub gardłowym. Zawiera on w sobie mniejszą ilość tkanki włóknistej, aniżeli gruczoły przełykowe. Normalna tkanka gruczołu wskutek drażnienia, zapalenia lub zakażenia, zwłaszcza w dzieciństwie, ulega przerostowi; stąd pochodzą wyrośle gruczołowate. Szkarlatyna, krup i influenza najczęściej wywołują powstawanie takich wyrośli, które ukazują się najczęściej pomiędzy 4 i 15 rokiem, lecz zdarzają się i w każdym wieku. Chociaż skłonność do tych przerostów zwykle zmniejsza się w okresie dojrzewania, pomimo to nigdy nie należy odkładać operacji, licząc na to, że wyrośle same znikną.

Objawy, wywoływane przez wyrośle gruczołowate, zależą: 1) od przeszkód, napotykanych przez powietrze, przechodzące przez jamę nosowo-gardłową; 2) od utrudnienia ruchów miękkiego podniebienia i 3) od powiększenia wydzielin gruczołów. Czem mniejszą jest przestrzeń nosowo-gardłowa, tem większe przeszkody spotyka oddychanie. Oddychanie ustami, ciężkie i ochrypłe, jest najpospolitszym objawem. Dziecko traci oddech, dusi się, sen ma niespokojny i przerywany, często mówi lub wzdycha przez sen, lub ma napady nocnego strachu. Niekiedy zauważyć się daje nietrzymanie moczu i kaszel nocny. Rozwój fizyczny idzie tępo. Zaniedbany przypadek oddychania ustami przedstawia charakterystyczny obraz obwisłej dolnej szczęki; usta są ciągle otwarte, górna warga skrócona i zgrubiała, nie zakrywa górnych siekaczy; mięśnie twarzy opadłe, wskutek czego wygląd ogólny jest wydłużony i męczeński, a wyraz roztargniony. Nos bywa cienki i zaostrzony. Górna szczęka wskutek nieustannego nacisku przez mięśnie policzkowe i braku przeciwdziałania ze strony języka i warg, staje się wydłużoną w kierunku od przodu ku tyłowi. Wyrostek zębodołowy jest ściśnięty, łuk staje się wysokim i podobnym do litery V, a zęby rozmieszczone są nieprawidłowo. Oddech ma nieczysty odór; pacjent nie jest w stanie dobrze dmuchnąć nosem, a głos jego ma brzmienie nosowe. Dzieci często się zaziębiają, chorują na uszy i zwykle mają tępy słuch. Nauczyciele oskarżają je o nieuwagę, a temu wszystkiemu winna jest obecność wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej.

Najczęściej wyrośle te ukazują się pomiędzy 4 a 8 rokiem. Staranne usunięcie ich w tym czasie jest bardzo pożądane, ponieważ po operacji stan zdrowia polepsza się, sklepienie przybiera właściwą sobie formę kopuły, i ustala się prawidłowy sposób zwarcia zębów, jeżeli tylko szkodliwe przyzwyczajenie oddychania ustami nie zakorzeniło się.

Ballanger uważa za stałe prawidło, że powiększenie migdałów zawsze bywa połączone z przerostem gruczołów. Ale faktycznie przy przeroście gruczołów zauważyć się daje nie więcej jak 30% przypadków powiększenia migdałów.

Wiele sprzecznych zdań wypowiedziano o gruczołach przełyku i ich funkcjach. Normalnie są one wielkości migdała, lecz przy przeroście mogą być znacznie większych rozmiarów. Są splątane i usiane

maleńkimi dołeczkami w liczbie od 5 do 20 (niekiedy nazywają je „gąbką ludzką"). Maleńkie te dołki ułatwiają sprawę zakażenia; dlatego też migdały stanowią źródło niebezpieczeństw dla człowieka. Ogniskiem zakażenia może być spróchniały ząb. Jakiekolwiek przeznaczenie mają migdały, nie ulega wątpliwości, że jeśli są powiększone, łatwo podlegają chorobie i zagrażają zdrowiu ogólnemu, zaś dzięki swemu położeniu stanowią przyczynę nienormalnego zwarcia. Dlatego też należy je usunąć. Ciekawym jest fakt, że około 4 do 10% wyciętych migdałów posiadało oznaki miejscowej gruźlicy.

Normalne oddychanie nosem możliwe jest tylko przy prawidłowo rozwiniętych jamach nosowych. Przesunięcie się przegrody, nosowej stanowi częstokroć przyczynę oddychania ustami.

W normalnym stanie przegroda nosowa powinna mieć prosty kierunek, tymczasem często z jednej lub z obu stron jej spostrzegamy kolce, grzebienie lub skrzywienia. Zwykle przypuszcza się, że te niedrawidłowości pochodzą z urazu lub też wadliwego rozwoju. Ku końcowi 15 roku koniec lemiesza (*vomer*) zrasta się z grzebieniem podniebiennym. W tem miejscu bardzo łatwo powstają kolce skrzywienia, jako wynik urazu lub wskutek nierównomiernego rozwoju chrząstki i kości. Przeszkody te, ukazujące się przy samem wejściu do jamy nosowej, bezwarunkowo powodują oddychanie ustami.

Dr. Mosher znalazł, że, o ile wyrzynanie się siekaczy trwa krótko, brzegi grzebienia podniebiennego na dnie jamy nosowej grubieją z obu stron jednakowo, nie bywa więc skrzywienia przegrody nosowej. Jeżeli zaś pomiędzy wyrzynaniem się pierwszego i drugiego siekacza upływa czas dłuższy, to od strony opóźnionego siekacza brzeg grzebienia podniebiennego rozrasta się mocniej, a i czworokątna chrząstka bywa wysadzona ze swego łożyska w miejscu połączenia z lemieszem a gąbczastą kością, wskutek tego powstaje skrzywienie przegrody nosowej. Autor ten wspomina też, że korzenie bocznych siekaczy często sięgają dna jamy nosowej i nawet przy największem przesunięciu nie psują formy przegrody. Wstrzymanie wyrzynania się siekaczy sprowadza zgrubienie podniebienia i co za tem idzie skrzywienie przegrody. Otwory nozdrzy mogą znaleźć się na różnej wysokości, zależnie od środkowych siekaczy; tak samo forma ich zależy od górnych zębów mądrości.

Śluzówka przewodów nosowych, jak wyżej nadmieniono, jest bardzo wrażliwa; oprócz tego muszle nosowe posiadają zdolność naprężania się. Zwykłe t. zw. zaziębienie głowy wywołuje przekrwienie i przerost śluzówki nosa; muszle obrzmiewają; daje się zauważyć bardziej lub mniej znaczne zwiększenie wydzielin; oddychanie nosem staje się utrudnionem, szczególnie w nocy. Jeżeli objawy te są przypadkowe i nie trwają długo, to wielkiej szkody nie przynoszą. Ale zazwyczaj pozostaje usposobienie do wznawiania się kataru, tak że w rezultacie następuje chroniczny przerost muszli i śluzówki. Wówczas normalny sposób oddychania ustami jest zakłócony i we dnie i w nocy. Wentylacja i drenowanie nosa są utrudnione. W następstwie mogą być zaatakowane i inne sąsiednie jamy, a przedewszystkiem komory gączastej kości; często przytem spotyka się przerostowe zwyrodnienie. Ostre lub chroniczne zapalenie śluzówki nosa w młodocianym wieku, gdy przewody nosowe są jeszcze małe, sprowadza i wkrótce zamienia w zwyczaj oddychanie ustami.

Z krótkiego zarysu główniejszych stanów patologicznych jamy ustnej i gardła u dzieci jasnym się staje ścisły związek, zachodzący pomiędzy rynologią i ortodontją. Nieprawidłowy zgryz ustala się w okresie rozwoju twarzy, co zazwyczaj ma miejsce przed 15 rokiem życia. Ważnem jest przeto, ażeby w tym czasie utrzymywane było w jamach normalne ciśnienie atmosferyczne i normalna równowaga sił. Powinno się bacznie śledzić, czy nie powstają jakie przeszkody ku temu i czy nie ustalają się szkodliwe przyzwyczajenia, wówczas dopiero można będzie zapobiegać wielu przypadkom nieprawidłowego zgryzu zębów.

Nigdy nie można twierdzić, że zawcześnie jest stosować pewne środki, przeciwnie—łatwo może okazać się to spóźnionem, gdyż, jeżeli przyzwyczajenie do oddychania ustami ustaliło się, zboczenie stało się trwałem, a okres formowania się minął, to niemożna już otrzymać dodatnich rezultatów, a jeśli nawet dadzą się osiągnąć, to kosztem wielkie straty energji, czasu i pieniędzy.

Byłoby pożądanem, ażeby lekarze przejęli się myślą o konieczności jaknajwcześniejszego pielęgnowania jamy nosowej, nosowo-gardłowej i zębów, i żeby każdy dentysta był jednocześnie ortodontystą i zawsze pamiętał o etjologicznej roli nosa i gardła w stosunku do zboczeń uzębienia. Dość często zdarzało się widzieć stosowanie apa-

ratów prostujących wówczas, gdy przeszkody do oddychania nosowego pochodziły od migdałów i gruczołów. Rezultaty byłyby daleko prędzej osiągnięte, gdyby przeszkody były przedewszystkiem usunięte.

Niezbyt dawno autor widział bardzo ładny druciany przyrząd w ustach chłopczyka, gdy tymczasem lewa połowa jego nosa była zupełnie zatkana wskutek przesunięcia się przegrody. Tu dentysta widocznie nie pomyślał nawet o tem, żeby zbadać przedewszystkiem nos, lub też żeby rozpocząć leczenie, zanim zastosuje ortodontję. Przy uważnem badaniu drobnej dziatwy przez domowego lekarza i dentystę można usunąć wszelkie zboczenia zębów i oddychanie ustami, zależne od przeszkód, znajdujących się w nosie, gardle lub przełyku. Obie wymienione w tytule specjalności bez wątpienia są wzajemnie od siebie zależne, a na przyszłość autor przepowiada ściślejszą jeszcze solidarność pomiędzy rynologiem a ortodontystą.

C.

15) Prof. Wachholz (Kraków). **Śmierć w uśpieniu za pomocą bromku etylu.** (Przegl. Lek. 17. r. ub.).

Dnia 15 lipca 1910 r. wezwano d-ra F., zajmującego się praktyką chirurgiczną, do chorej E. B. celem zaradzenia bólowi zęba, z powodu którego kilka nocy nie spała i była bardzo rozdrażnioną. Dr. F. po przybyciu do chorej stwierdził ropień około ostatniego lewego trzonowca i oświadczył się za koniecznością jego wyjęcia, zwłaszcza, że ząb ten był już plombowany i kilkakrotnie bolał. Chora nie zgodziła się na wyjęcie zęba bez uśpienia, twierdząc, że zabieg ten przypłaciłaby śmiercią. Dr. F. zgodził się na uśpienie, poczem chora udała się do mieszkania d-ra F. Tutaj polecił jej dr. F. rozluźnić ubranie i położyć się na stole, poczem po zbadaniu jej serca poddał ją uśpieniu za pomocą bromku etylu, przy udziale asystenta, studenta V kursu medycyny. Uśpienia dokonano przy pomocy maski zwykłej, przyczem zużyto, zdaniem d-ra F., około 12 grm. bromku etylu. W czasie dokonania trudnej ekstrakcji chora poruszała się kilkakrotnie, a po ekstrakcji zaraz silnie zbladła, przestała oddychać, i tętno stało się nienamacalnem. Natychmiast zastosowana energiczna czynność ratunkowa, trwająca około godziny przy udziale w chwilę potem wezwanych telefonicznie dwóch lekarzy, pozostała bezskuteczną. Dr. F. dodatkowo zeznał w późniejszem śledztwie sądowem, że badał ząb chorej B. i stwierdził w nim próchnicę, nadto zapalenie

okostnej z obrzękiem części miękkich szczęki, aczkolwiek bez ropnia, oraz, że chora mu podała, iż już kilkakrotnie przebyła zapalenie ozębnej tego zęba. Dodać należy, że dr. F. podjął się dokonać zabiegu bezinteresownie ze względu na stosunki z rodziną pacjentki.

Wskutek własnego przez d-ra F. uczynionego i urzędownego doniesienia o śmierci E. B. c.-k. Prokuratorja zarządziła ścisłe dochodzenia.

Na podstawie badania pośmiertnego, po zaznajomieniu się z treścią aktów śledczych, rzeczoznawcy wydali następujące orzeczenie o przyczynie śmierci E. B:

1) wynik sekcji, mikroskopowego badania mięśnia sercowego, w szczególności zaś objawy, wśród których śmierć E. B. nastąpiła, a o których szczegółowo wspominają zeznania d-ra F. i jego asystenta, dowodzą, że E. B. zmarła nagle wskutek porażenia serca i narządu oddychania;

2) ta jej nagła śmierć nastąpiła w czasie narkozy bromkiem etylu i była przez ten środek wywołana;

3) doświadczenie lekarskie poucza, że czasem zdarzają się przypadki nagłego zejścia śmiertelnego wśród uśpienia jednym z używanych w tym celu środków, do których należy także bromek etylu, a nagłe to zejście następuje mimo, że zmarły nie jest dotknięty żadną chorobą, któraby mogła stanowić przeciwwskazanie do uśpienia i mimo, że uśpienia dokonano w sposób wskazany nauką lekarską;

4) uwzględniając akta śledcze oraz wynik sekcji, należy nagłą śmierć E. B. zaliczyć właśnie do tych przypadków śmierci podczas uśpienia, których przewidzieć i którym zapobiedz nie można, albowiem: E. B. nie była dotknięta żadną chorobą, któraby uśpienie czynić mogła przeciwwskazanem; b) środek, jakiego do uśpienia użyto, uważany jest za właściwy, zwłaszcza przy podejmowaniu krótkich zabiegów, w szczególności przy wyjmowaniu zębów; c) środka tego użyto w formie najczystszego, bo z fabryki Mercka pochodzącego wyrobu, użyto go świeżym, nadto w ilości małej i w sposób przepisany, zachowując równocześnie wszelkie środki ostrożności; d) zabiegi, jakie podjęto w chwili, gdy dostrzeżono zaburzenie w akcji cerca i oddychania, były energiczne, nauką lekarską wskazane, nie mogły one jednak już zapobiedz śmierci.

Pomimo orzeczenia tego, przeprowadzono jeszcze dalsze docho-

dzenia śledcze, a to w kierunku przedewszystkiem ustalenia ilości zużytego do uśpienia bromku etylu, tembardziej, że ilość tę określili dr F. i jego asystent odmiennie. Nadto z licznych listów, jakimi rodzina zasypywała władze sądowe, wynikło, że dr. F. na trzy lata przed wypadkiem narkotyzował siostrę E. B, i ta podczas uśpienia „stężała" i przestała oddychać.

W celu określenia ilości zużytego do uśpienia bromku etylu, oddano pozostałą z krytycznej narkozy flaszeczkę z resztą bromku etylu rzeczoznawcy-aptekarzowi, a rzeczoznawcom-dentystom oddano do zbadania wyjęty ząb i zażądano odpowiedzi na następujące pytania:

1) Czy ząb E. B., koło którego miał być ropień, był do tego stopnia zepsuty, że ze stanowiska techniki dentystycznej przedstawiałoby jego uratowanie wybitne trudności, lub może byłoby to niemożliwem?

2) Czy było właściwem zastosowanie ogólnej narkozy za pomocą bromku etylu w ilości około 25 grm., czy w stosunku do ekstrakcji jednego zęba ogólna narkoza nie była zanadto silnym środkiem, czy nauka lekarska pozwala w takich przypadkach zastąpić ogólną narkozę, jako mogącą, choć rzadko, sprowadzić śmierć, innymi środkami znieczulającymi, działającymi miejscowo?

3) Czy w szczególności nie należało dać w danym razie pierwszeństwa pozornej narkozie bromętylowej przy użyciu znacznie mniejszej dawki, lub zastosować np. benezol?

4) Czy usunięcie dotkliwego bólu zęba możliwe jest bez jego wyjęcia przy zastosowaniu środków miejscowo-znieczulających i jakich?

Odpowiedź rzeczoznawców opiewała:

Ad. 1) Dolny trzonowiec nie okazuje zmian, jakie napotykamy zwykle przy ropniu, powstałym wskutek zapalenia okostnej koło szczytów korzeni. Ozębna jest gładka, bez torebki ropotwórczej (membrana pyogenes), również niema na szczycie korzeni żadnego nadżarcia. Korona zęba posiada od strony dośrodkowo-językowej ubytek próchniсowy wielkości grochu; obok niego luźno nad brzegiem stercząca plomba amalgamatowa, która z łatwością daje się usunąć. Po usunięciu części spróchniałych dostrzega się otwór, drążący do komory miazgi zębowej mniej więcej na wysokości szyjki zęba. Po rozcięciu zęba wzdłuż jego kanałów widzi się w obu kanałach dobrze zachowaną nić miazgi. Ten szczegół doprowadza do wniosku, że bóle tego zęba były wy-

wołane nie zapaleniem okostnej, któreby mogło było powodować ropień, lecz zapaleniem miazgi, za czem przemawia pośrednio także protokuł sekcji zwłok, nie wspominający ani o obrzmieniu szczęki, ani o obrzęku twarzy. Mimo to jest wyjęcie zęba w takim przypadku usprawiedliwione, gdyż zęby takie wyjmuje się na życzenie pacjenta po zwróceniu mu uwagi, że ząb się da uratować, raz dla tego, że chorzy często nie znoszą plombowania i przekładają nad nie wyjęcie zęba, a powtóre, że ząb, ostatni trzonowiec, bywa do żucia zwykle zbyteczny. Ratowanie go i upieranie się przy jego utrzymaniu jest w pewnych przypadkach bezpodstawne.

Ad. 2) Do wyjęcia zębów posługujemy się środkami miejscowo-znieczulającymi. Środki te nie są niewinne; mogą mimo oględnego zastosowania sprowadzić zatrucie, po kokainie np. czasem śmiertelne. Narkozę ogólną stosuje się albo na wyraźne życzenie chorego, lub tam, gdzie przewidujemy trudne wyjęcie, lub gdzie mamy szereg zębów do wyjęcia. Ze środków ogólnie znieczulających używa się chloroformu, często z eterem, gazu rozweselaiącego, często w kombinacji z 5 gr. bromku etylu (metoda dziś szczególnie w Anglji używana), bromku etylu i pentalu. Wybór jednego z nich zależy od lekarza, a każdy z tych środków ma swą statystykę, w której notowane są przypadki śmierci. Bromek etylu sam, zwłaszcza w ostatnich czasach, nie bywa tak bardzo często stosowany. Według metody Witzel'a, nalewa się na maskę Esmarch'a, szczelnie zamykaną, najpierw kilka kropli bromku etylu, a potem naraz dawkę 15—20 grm., poczem nagle prawie bez okresu podniecenia, następuje głęboka narkoza. Trwanie jej winno się ograniczyć najdłużej do 3 minut. Jeśli się narkotyzuje za pomocą zwykłej maski lub serwetki, to określenie zużytej dawki nie może być dokładne, znaczna bowiem część bromku etylu ulatnia się w powietrze i na chorego nie działa.

Ad. 3) Zastosowanie pozornej narkozy bromkiem etylu przy użyciu nieznacznej dawki bywa praktycznie czasem niemożliwe, gdyż bromek etylu działa na niektórych tak szybko, iż kilka słabych oddechów wystarczy do zupełnego uśpienia, wobec czego granica między pozorną narkozą a prawdziwą jest często niemożliwa do uchwycenia.

Ad. 4) Usunięcie bólu zęba bez jego wyjęcia jest tam możliwe,

gdzie sprawa chorobowa ogranicza się do miazgi zęba, a to za pomocą pasty arszenikowej.

Orzeczenie powyższe przedstawiono d-rowi F. do oświadczenia się, poczem zeznał on, że w istocie nie stwierdził u E. B. ropnia, lecz tylko zwykłe zapalenie okostnej koło zęba.

Dodatkowo zwrócił się jeszcze sąd śledczy do starostwa i do ministerjum spraw wewnętrznych z zapytaniem, czy oprócz dekretu kancel. nadwor. z 10/X 1847, l. 34830 oraz reskryptu min. spraw wewn. z 6/XII 1850, l. 466 istnieją dalsze rozporządzenia co do stosowania środków narkotycznych w celach leczniczych, w szczególności, czy istnieje przepis, nakazujący przedsiębranie narkozy w obecności dwóch lekarzy. Obie zapytane władze odpowiedziały zgodnie, że żadnych nowszych przepisów w tej mierze niema, w szczególności, że niema przepisu, któryby wymagał obecności dwóch lekarzy przy narkozie. Ministerjum spraw wewn. wydało tylko przy sposobności przypadku śmierci w narkozie w pewnym szpitalu dokonanej mimo obecności kilku lekarzy pomocniczych przez nielekarza zarządzenie, że współdziałanie w narkozie należy wyłącznie przekazać lekarzom.

Wreszcie zażądał sędzia śledczy dodatkowego orzeczenia od znawców sądowych (obducentów) na pytanie: „Czy dawkę bromku etylu, zużytą przy narkozie E. B., dającą się wedle obliczeń znawcy aptekarza i późniejszych zeznań asystenta d-ra F. określić co najmniej na 25 grm., a możliwie i na 30 kilka grm. uważają za odpowiednią?

Odpowiedź opiewała: „Za dawkę bromku etylu, potrzebną do wywołania uśpienia, uważa się 15 — 20 grm. Wobec tego nie można uważać za nieodpowiednią ilość bromku etylu, jakiej użyto do uśpienia E. B., chociażby nawet ilość ta dochodziła do wysokości trzydziestu kilku gramów".

Wskutek wniosku Prokuratorji państwa zwrócił się sąd do Wydziału lek. z następującemi pytaniami:

1) Czy w danym przypadku użycie narkozy ogólnej a nie miejscowej jest błędem takim, z którego widoczna jest nieumiejętność lekarza?

2) Czy wykonanie tej narkozy przy pomocy słuchacza medycyny, a nie lekarza, jest takim błędem, z którego widoczna jest nieumiejętność lekarza?

3) Czy między błędem pod 1) lub 2) opisanym a śmiercią E. B. zachodzi związek przyczynowy?

4) Czy dr. F. podczas badania, narkozy, zabiegu operacyjnego i akcji ratunkowej popełnił wogóle jaki błąd inny, niż pod 1) i 2) objęty, z którego jest widoczna jego nieumiejętność?

5) W razie twierdzącym, czy zachodzi związek przyczynowy między tym błędem a śmiercią E. B.?

6) Jaka była przyczyna śmierci E. B.?

Orzeczenie Wydziału lek. opiewało:

Ad. 1) Zastosowanie narkozy ogólnej za pomocą bromku etylu w celu wykonania ekstrakcji zęba a nie zastosowanie miejscowego znieczulenia nie stanowi żadnego błędu, z któregoby była widoczna nieumiejętność lekarza.

Ad. 2) Podjęcie takiej ogólnej narkozy przez lekarza przy pomocy studenta medycyny nie stanowi również takiego błędu ze stanowiska nauki lekarskiej, z któregoby widoczna była nieumiejętność lekarza.

Ad. 4) Dr. F. nie popełnił podczaś badania przed narkozą, podczas narkozy, zabiegu operacyjnego i akcji ratunkowej żadnego błędu, z którego byłaby widoczna jego nieumiejętność.

Ad. 6) Przyczyną śmierci E. B. było porażenie serca, wywołane narkozą za pomocą bromku etylu, a wyniku takiego nie dało się przewidzieć, zwłaszcza, że ani drogą badania za życia denatki, ani podczas sekcji nie stwierdzono wad organicznych serca, któreby stanowiły przeciwwskazanie do narkozy. Tak zwanej zaś idjosynkrazji do bromku etylu, jaka w danym przypadku u E. B. istniała, nie da się nigdy przed zastosowaniem środka stwierdzić.

Przypadek powyższy przedstawia się jako jeden z nielicznych dzięki drobiazgowo-szczegółowemu śledztwu sądowemu, bardzo dokładnie zbadanych przypadków śmierci wśród uśpienia brometylowego.

Bromek etylu, jakkolwiek wynaleziony poraz pierwszy przed chloroformem, polecony został przez Nunnely'go w rok po odkryciu własności znieczulających chloroformu. Ponieważ zaraz w początkach jego zastosowania zaszły przypadki śmierci, przeto poszedł w zapomnienie. Niekorzystne zdania i nieliczne przypadki śmierci z tych czasów odnosi nie bez słuszności Roth do niedokładnego wyrobu środka i do pomyłek w zastosowaniu niebezpiecznego bromku etylenu zamiast bromku etylu. W ostatnich dwóch dziesiątkach lat poczęto bro-

mek etylu ponownie i to gorąco zalecać do wywoływania uśpienia krótkotrwałego w przypadkach krótkich zabiegów chirurgicznych, zwłaszcza zaś w przypadkach wyjmowania zębów. Roth potwierdza korzystne zdanie o bromku etylu Gilles'a, który stosował go w 2000 przypadków bez jakichkolwiek groźnych następstw. Na 1500 uśpień brometylowych, dokonanych przez Roth'a „bez pomocy drugiego lekarza", nie zauważono ani razu groźnych następstw jego działania. Ilość zużyta przezeń do uśpienia wynosiła 5—10 grm., a rzadko dochodziła do 20 grm. Breitbach zaleca gorąco bromek etylu do uśpienia w praktyce dentystycznej i oświadcza, że na 14,211 uśpień brometylowych nie zdarzył mu się ani jeden przypadek śmierci i że, wbrew zdaniu Müllera, nie zna on dla uśpienia tym środkiem żadnego przeciwwskazania, albowiem nawet chorzy z wadami serca doskonale je znosili. Wbrew Roth'owi, który z biegiem czasu przenosi miejscowe znieczulanie nad uśpienie brometylowe, oddaje pierwszeństwo temu ostatniemu, dowodząc, że np. po kokainie bywają częste i groźne zatrucia. Nie umie on określić dawki maksymalnej, oświadcza jednak, że stosował bromek etylu u niespokojnych chorych w ilości nawet 50 grm. bez żadnych następstw. Możliwe przypadki śmierci uważa Breitbach za „nieszczęśliwe wydarzenia, jakie człowieka w różny sposób nawiedzić mogą". Podaje następnie przypadki nagłej śmierci u osób po dokonaniu zabiegów dentystycznych bez uśpienia i twierdzi, że gdyby osoby były naprzód usypiane, laicy i znawcy sądowi odnieśliby ich śmierć na karb narkozy. Jeżeli przed uśpieniem brometylowem bada on serce pacjenta, to nie czyni tego z istotnej potrzeby, lecz tylko dlatego, aby uspokoić chorego i aby na wypadek nieszczęścia pozbawić znawców, którzy „zazwyczaj nie znają narkozy brometylowej", możności zarzucenia mu błędu lekarskiego.

Jakkolwiek uśpienie brometylowe jest niewątpliwie o wiele mniej niebezpieczne, niż uśpienie chloroformowe, przecież nawet przy zastosowaniu najczystszego bromku etylu zdarzyć się mogą i już się zdarzyły przypadki śmierci. I tak opisał Marmetschke z zakładu sądowo-lekarskiego prof. Lesser'a we Wrocławiu dwa przypadki śmierci podczas tego uśpienia.

Pierwszy z nich dotyczył 36-letniego robotnika z przerostem serca lewego i 1-ym tonem niezupełnie czystym, u którego zastosowano celem zeszycia przedartego krocza uśpienie z 45 grm. bromku etylu

po uprzedniem wstrzyknięciu 0,01 morfiny, w dwa tygodnie później uśpienie morfinowo-chloroformowe (15 grm.), wreszcie w niespełna dwa miesiące potem celem usunięcia przetok uśpienie z 10 cm^3 bromku etylu. W chwili zakładania opatrunku przestał chory oddychać, a tętno było niewyczuwalne. Czynność ratunkowa nie odniosła skutku. Sekcja stwierdziła stare zmiany na zastawkach aorty, mierne zwężenie światła tętnic wieńcowych serca, mierne rozszerzenie serca lewego, dość znaczne zmiany przewlekłego zapalenia nerek i znamiona stanu limfatycznego *(status lymphaticus).* Lekarzy uwolniono od odpowiedzialności karnej, gdyż nie dał się wykazać żaden błąd techniczny.

W drugim przypadku zmarła wśród uśpienia po zażyciu 12 cm^3 bromku etylu 23-letnia kobieta. Uśpienie zastosował technik dentystyczny z powodu wielkiego rozdrażnienia chorej, której miał wyjąć naraz kilka zębów. Prócz sekcji zarządzono chemiczne badanie narządów denatki, które wykryło brom i alkohol, badanie chemiczne pozostałej reszty użytego do uśpienia bromku etylu, który okazał się odpowiadającym wymaganiom niemieckiego lekospisu. Tak orzeczenie obducentów, jak i orzeczenie kolegjum lekarskiego odniosło przyczynę śmierci do porażenia serca, dotkniętego, jak sekcja stwierdziła, wadą zastawki dwudzielnej. Zdaniem tych orzeczeń, obwiniony technik popełnił błąd, że nie zbadał przed uśpieniem serca względnie nie wezwał do narkozy lekarza i że jako nieświadom zasad sztuki, nie udzielił chorej takiej pomocy w chwili zapadu, jakiej w tym razie udzielić należy. Technika obwinionego zasądzono na 6 miesięcy więzienia.

Partsch, prof. dentystyki we Wrocławiu, ocenia ten drugi przypadek nieco odmiennie. Jego zdaniem, wyjęcie zębów wywołało u chorej omdlenie, które zakończyło się śmiercią, ponieważ nie dokonano sztucznego oddychania *lege artis,* t. j. nie wydobyto języka, który opadł ku tyłowi, zatykając wejście do krtani. W dalszym ciągu opisuje Marmetschke przypadek śmierci 27-letniej kobiety w dwie doby po uśpieniu rzekomo brometylowem, podjętem w celu wyjęcia kilku zębów. Badanie chemiczne wykazało zamiast bromku etylu bromek etylenu, wydany przez pomyłkę przez aptekarza zamiast zapisanego wyraźnie bromku etylu. Objawy i obraz sekcyjny przypominały objawy i zmiany analogiczne po otruciu fosforem. Pomocnik aptekarza został zasądzony. W końcu podnosi Marmetschke, że nawet wyższe

dawki, niż 70 grm. bromku etylu, użyte do uśpienia u dorosłych, nie wywoływały groźnych następstw.

Uwzględniając tedy tak całość przebiegu, opisanego na wstępie przypadku, jak i dane z dotychczasowego doświadczenia i odnośnego piśmiennictwa, nie można było żadną miarą dopatrzeć się w całem postępowaniu d-ra F. jakiegokolwiek błędu lub zaniedbania, a jedynie należy opisany powyżej przypadek zaliczyć do tych nielicznych wydarzeń nieszczęśliwych, na jakie ludzkość zgodzić się musi w zamian za dobrodziejstwo znieczulenia na czas zabiegu operacyjnego. Zarazem jednak wiemy, że w czasach, gdy środki znieczulające nie były jeszcze znane, zdarzały się wśród zabiegów operacyjnych przypadki śmierci wskutek wstrząsu psychicznego, bólu i przestrachu. Że zaś przypadki śmierci z narkozy, względnie z użytego środka znieczulającego nie są liczne, wynika z odnośnych dat statystycznycznych. I tak wedle statystyki Gurlt'a z r. 1893 przypada jeden przypadek śmierci na 2907 uśpień czysto chloroformowych, na 4118 eterowo-chloroformowych, na 14643 czysto eterowych i na 4550 brometylowych.

Wedle zestawienia autora z oddziału chirurgicznego ś. p. prof. Obalińskiego zdarzyły się dwa przypadki śmierci wśród uśpienia chloroformowego w ciągu niespełna 21 lat, tak że jeden przypadek śmierci przypadał na 2024 uśpień. W ciągu ostatniego dziesięciolecia (1900—1910) zaszło w klinice chirurgicznej szpitala św. Łazarza i św. Ludwika (dla dzieci) ogółem 7 przypadków śmierci wskutek działania środków znieczulających, a dodać należy, że każdy taki przypadek śmierci podlega sekcji sądowej tak, że wszystkie, jakieby zaszły, musiałyby być przedmiotem sekcji w zakładzie sądowo-lekarskim dokonanej. Jeżeli się zważy bardzo znaczną ilość przypadków uśpienia, wykonanego w ciągu tych lat 10 w rzeczonych zakładach, to liczba zejść śmiertelnych okazuje się minimalną. Z liczby 7 przypadków śmierci przypadają 4 przypadki na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, 2 na klinikę, a jeden na oddział chirurgiczny szpitala dla dzieci. W 6 z nich śmierć była wywołana chloroformem, w jednym tropakokainą. Przypadki te dotyczyły 5 mężczyzn w wieku lat 15, 16, 17, 20 i 28, dalej chłopca lat $2^1/_2$ i kobiety lat 32. U czterech z nich śmierć nastąpiła na początku uśpienia po zużyciu chloroformu w ilości do 10 grm., u dwóch nastąpiła śmierć w ciągu uśpienia i zabiegu operacyjnego. Wynik sekcji był w 4 przypadkach zupełnie ujemny;

w jednym prócz obustronnych zrostów opłucnych nie stwierdzono żadnych zmian, w jednym znaleziono otłuszczenie i rozszerzenie serca; w dalszym zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia serca i zwyrodnienie skrobiowate śledziony i nerek. Przypadek śmierci z tropakokainy dotyczył kobiety, u której ambulatoryjnie wyłuszczono torbiel skórną przy użyciu metodą Schleich'a 15 grm. $\frac{1}{2}$% rozczynu tropakokainy (zatem czystego środka 0,075). W żadnym z tych przypadków nie można było dowieść przewinienia lekarskiego.

16) Gamrat-Kurek M. dr. Przypadek rzekomych zębów Hutchinson'a. (Żurnał kożn. i wener. bol. 7, r. ub.).

Darja S. l. 29. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Zamężna za szewcem. Ma 4 zdrowych dzieci. Szyciem nie trudni się. Stosownie do obyczajów miasteczka (osady), zgodnie z którymi pracownikiem jest mąż, a żona jedynie prowadzi zwykłe gospodarstwo domowe, ma ona dużo wolnego czasu, który spędza na gawędzie przy łuskaniu ziaren słonecznika, konsumowane w znacznej ilości.

Przy badaniu pacjentki niepodobna było nie zwrócić uwagi na zmieniony kształt zębów. Zmianie uległy lewe środkowe siekacze obu szczęk.

Wyżłobienie na brzegu górnego siekacza zajmuje środkową trzecią część zęba i jest głębsze od wyżłobienia brzegu dolnego siekacza. Wyżłobienie to ma kształt trójkąta o zaokrąglonych kątach. Wyżłobienie na brzegu dolnego siekacza zajmuje, mniej więcej, wewnętrzną $^1/_3$ zęba poza średnicą zęba. Dno wgłębień jest gładkie, nie posiada śladów zmian próchnicowych ma wygląd spiłowanego zęba; żółtawa powierzchnia zębiny z przodu i z tyłu otoczona jest żółtawo-białymi cienkimi paskami szkliwa. Górny siekacz ma kształt łopaty, z wyłamaną środkową $^1/_3$; pozostałe zęby o prawidłowej strukturze i osadzone normalnie. Brak wgłębienia na brzegu środkowego prawnego siekacza i zaokrąglenia zębów przy *spatium interdent.*, prawidłowa osada zębów, przypominający łopatę kształt siekaczy, trójkątna forma wgłębienia na brzegu górnego siekacza — wszystko to upoważnia do traktowania danej zmiany zębów nie jako objawu dziedzicznego przymiotu. Biorąc zaś pod uwagę, że Darja S. nie trudni się szyciem i wogóle w swoim fachu gospodyni nie bywa zmuszana do nieustannego brania czegośkolwiek w zęby, a jednocześnie, że konsumuje

ogromną ilość ziaren słonecznikowych, należy uznać, że zmiana kształtu zębów wynikła wskutek łuskania tychże. *R.*

17) Coffard dr. (Paryż). **Ciężkie objawy następcze po zastrzyknięciu nowokainy-adrenaliny.** (Rev. de Stom. II. r. ub.).

34-letniej pacjentce z lekką wadą serca wypadło usunąć drugi dolny trzonowiec. Do zastrzyknięcia zastosowano: Novocaini 0,2, Adrenalini sol. 1:1000 gtt. 1 in. 1 ccm. Aq. destillat. Po pierwszem nakłuciu pacjentka narzekała na lekkie zawroty głowy i szum w uszach; po drugiem wyczuwała ból głowy; wystąpiły: mdłości, pot, uczucie zimna, przyśpieszenie tętna i oddechu. Plącząc się w mowie, błagała o zaprzestanie operacji. Zastrzykiwań zaniechano i zabrano się do eteru, Po pierwszej kropli pacjentka zapadła w głębsze omdlenie; czynność serca i płuc stały się powierzchownemi i zaledwie dostrzegalnemi. Pomimo zastosowania wszelkich środków, tętno stało się tak słabem, że trzeba było zastrzyknąć kamforę. Po chwilowem polepszeniu nastąpiło znowu pogorszenie, wymagające powtórnego zastrzyknięcia eteru, i dopiero po kilku godzinach można było odwieść pacjentkę do domu. Po tygodniu jednakże zdecydowała się ona na wyjęcie zęba, który nie przestawał boleć. Zwróciła się więc do dentysty, który po zastrzyknięciu kokainy wyjął ząb bez żadnych powikłań.

Autor stara się wytłumaczyć przyczynę tego powikłania. Użyty do wstrzykiwań preparat był zupełnie dobry, świeżo przygotowany i stosowany w wielu przypadkach. Nie było zasady uzależnić objawów od wady serca (w bardzo słabym stopniu).

Dlaczegoż więc pacjentka dobrze zniosła kokainę, wszak wiadomo, że trujące działanie obu tych środków stoi w stosunku 1 : 6. Pozostaje tylko przypuszczenie, że istnieje szczególna wrażliwość organizmu i do nowokainy, taka sama, jaką stanowczo stwierdzono względem morfiny, antipiryny, jodoformu i wielu innych trucizn.

C.

18) Brauch. Ropień w płucach, wywołany przez korzeń zęba. (Münch. Med. Woch. 15. VIII. r. ub.).

Korzeń zęba, dostawszy się do płuc, został wreszcie stamtąd wyrzucony podczas kaszlu. Prócz nieznacznego kłucia w piersiach pacjentka przedtem żadnych dolegliwości nie odczuwała. Dopiero w ciągu ostatnich trzech dni stwierdzono nieznaczną gorączkę, przyśpieszony od-

dech i duszność. Wkrótce po wyrzuceniu korzenia pacjentka poczuła się źle: tętno szybkie i słabe, stan przygnębienia, poty, opuchnięcie krtani; wydawał się możebnym śmiertelny wynik; prócz tego pacjentka odchrząknęła jeszcze dużą ilość krwawej ropy. Stan ogólny jednak szybko się polepszył; objawy bolesne ustąpiły po 5—6 dniach.

C.

ODEZWA.

Od Komitetu organizacyjnego II Zjazdu neurologów, psychjatrów i psychologów polskich w Krakowie (Kopernika 46) otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie następującą odezwę:

Komitet organizacyjny II Zjazdu neurologów, psychjatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu r. 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologama, psychjatrami i psychologami z Królestwa Polskiego, Lwowa i Krakowa następujące tematy główne: 1) metoda psychoanalityczna, 2) zjawiska psychoelektryczne, 3) nowe metody badania narządu przedsionkowego i 4) sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologji i psychjatrji.

Poza powyższemi tematami głównymi, które mają być omawiane w szeregu referatów i odczytów, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet postanowił w myśl poprzedniego Zjazdu poświęcić szczególną uwagę stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą, wyznaczając mu szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowobudującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychjatrycznej. Podobnież ma być pośród odczytów uwzględniona obszerniej anatomja patologiczna kory mózgowej.

Zjazd, który potrwa około 4-ch dni, odbędzie się między 15-ym a 21-ym grudnia. Zgłoszenia odczytów równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytów przyjmuje Komitet do końca września. Do tego też tylko czasu przyjmuje się tematy zastrzeżone. Pożądanem jednak jest, aby o odczytach, stojących w związku z wyżej wymienionymi tematami głównymi Komitet został powiadomiony przed 15-ym kwietnia.

Za prezydjum Komitetu:

Stefan Borowiecki
Sekretarz.

Jan Piltz
Przewodniczący.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Lekarze-dentyści i technicy dentystyczni w monarchji Austrjacko-Węgierskiej**. „Słowo Lekarskie“ (21 r. ub.) podaje: „Stosunek lekarzy do techników dentystycznych nie jest uregulowany ani w jednej, ani w drugiej połowie monarchji Austrjacko-Węgierskiej. Obecnie w Przedlitawji wre gorąca walka między lekarzami a technikami; nie lepiej jest na Węgrzech. W dzienniku peszteńskim „Pester Lloyd“ z 4. X. r. ub. zamieszczony został w sprawie tej następujący, uwagi godny artykuł.

Ministerjum spraw wewnętrznych opracowało obecnie statut, który dokładnie określa zakres działania lekarzy-dentystów i techników dentystycznych. Statut ten wreszcie położy kres nienormalnym stosunkom, panującym w tej dziedzinie od dawna. Technicy dentystyczni przekraczają bowiem bardzo często przepisy, odnoszące się do tego przemysłu, wykonywując zabiegi operacyjne, co dawniej władze, chociaż niezgodnie z obowiązującemi ustawami, jednakże cierpiały ze względu na brak lekarzy-dentystów. Wobec tego, że obecnie nie brak już lekarzy-dentystów i że stowarzyszenia lekarzy-dentystów niejednokrotnie zwracały się do ministra z prośbą o ochronę przed nadużyciami ze strony techników, minister uznał za potrzebne zaprowadzić znowu porządek prawny w lecznictwie dentystycznem.

Nowy statut określa przedewszystkiem pojęcia lecznictwa i techniki dentystycznej. Lecznictwo (wykonywanie zabiegów w jamie ustnej) należy uważać za gałąź lekarskiej praktyki i może być wykonywane wyłącznie przez tych, co posiadają uzdolnienie stosownie do §§ 43 i 44 G. A. XIV. r. 1876. Przez technikę dentystyczną należy rozumieć do kwalifikacji przywiązany przemysł, który winien się ograniczać na sporządzaniu zębów i szczęk wyłącznie na zamówienie lekarza-dentysty, względnie w celach obrotu handlowego. Technikowi niewolno zatem wykonywać żadnych zabiegów w jamie ustnej, nawet sztucznych zębów dla tych, co wprost do niego się zwracają, a nawet niewolno mu zdejmować miary na sztuczne zęby lub przymierzać pacjentowi sporządzone przez siebie zęby lub szczęki sztuczne.

Statut zawiera dalej następne ważniejsze postanowienia:

Technikowi niewolno używać żadnych takich tytułów, które mogą wprowadzić w błąd publiczność.

Lekarz-dentysta, nie posiadający zezwolenia przemysłowego, może sporządzać sztuczne zęby tylko swoim własnym pacjentom.

Ci technicy, którzy dotąd i w chwili ogłoszenia tego statutu samoistnie wykonywali przemysł techniczno-dentystyczny na podstawie zezwolenia przemysłowego, mogą uzyskać ze względów słuszności i na przyszłość pozwolenie wykonywania zabiegów dentystycznych, jak długo przemysł techniczno-dentystyczny będą wykonywali samoistnie, ale tylko w takim razie, jeżeli spełnią warunki, wyliczone w tym statucie i złożą z dobrym skutkiem egzamin w myśl § 7 tego statutu.

W Peszcie i Kołoszwarze ustanowi minister spraw wewnętrznych komisje egzaminacyjne, składające się z trzech członków, przed którymi technicy dentystyczni, mający zamiar i w przyszłości dokonywać zabiegów dentystycznych, będą musieli składać dowody praktycznego uzdolnienia. Przedmiotem egzaminu nie będą wiadomości teoretyczne. Taksa za egzamin wynosi 60 koron.

Tym technikom, którzy się nie zgłoszą do egzaminu, jak i tym co do egzaminu nie będą dopuszczeni lub egzaminu nie złożą z dobrym skutkiem, nie będzie wolno wykonywać żadnych zabiegów dentystycznych.

Postanowienia tego statutu nie odnoszą się do owych techników dentystycznych, którym dawniej na podstawie Najwyższego postanowienia Króla z łaski pozwolono wykonywać praktykę dentystyczną.

= **Warsz. Tow. Odontologiczne.** Na posiedzeniu, odb. w dniu 18. IV. r. b., kol. Wł. Zieliński referował przypadek śmierci, jaki miał miejsce w Krakowie w praktyce d-ra F. (w dniu 15. II. 1910 roku) podczas narkozy bromkiem etylu przy wyjęciu, zęba (według sprawozdania prof. Wachholtza).

Na posiedzeniu, odb. w dniu 2 maja, kol. Idzikowski wygłosił referat p. t. „Dodatnie i ujemne strony surowicy Deutschmann'a (rzecz ukaże się w druku).

= **Zmarł** w Londynie w 84 roku życia twórca opatrunku przeciwgnilnego, **Józef Lister.** Urodził się dn. 5 kwietnia 1827 r. Dyplom lekarski otrzymał w r. 1852. W r. 1877 mianowany został pro-

fesorem na katedrze chirurgji w Kings-College. Był członkiem honorowym wielu towarzystw naukowych europejskich i północno-amerykańskich. Zmarły ogłosił wiele prac z dziedziny fizjologji histologji, patologji i t. d. Idea Listera, dotycząca chorób przyrannych (gorączki, róży, posocznicy, ropnicy i t. p.) jest znana. Zdaniem jego, choroby te są wynikiem zakażenia drobnoustrojami powietrza. Gojenie rany ma prawidłowy przebieg wówczas, gdy uda się uchronić ją od powyższego zakażenia. Sposób Lister'a opatrywania ran (pierwszy opatrunek przeciwgnilny nałożył on w r. 1865) szybko więc zaczął się rozpowszechniać. Dzięki temu sposobowi Lister stał się reformatorem w dziedzinie chirurgji nowoczesnej i zajął wybitne miejsce wśród genjuszów ludzkości, położywszy dla jej dobra wielkie zasługi.

= **Jeszcze w sprawie stomatologiczno-odontologicznej.** Sprawa rozszerzenia poziomu wiedzy teoretycznej u osób, studjujących dentystykę, widocznie jest na porządku dziennym u przedstawicieli naszego zawodu całej Europy.

W sekcji 12-ej, która w sprawie tej obradowała podczas V-go Międzynarodowego kongresu dentystycznego w Berlinie, zapadła następująca uchwała:

1) Uważa się za rzecz nieodzowną, aby do studjów dentystycznych wprowadzony został kurs chorób skórnych i narządów płciowych

2) Studenci dentystyki powinni uczęszczać do klinik lub poliklinik chorób nerwowych i korzystać ze specjalnych dla tychże wykładów.

3) Pożądanem jest, aby podczas nauki o obturatorach studenci korzystali z wykładów, dotyczących wymowy i prawidłowego wydobywania głosu.

4) Państwa, w których dentyści się kształcą w specjalnych szkołach, powinny wydawać kończącym ostatnie dyplomy na stopień doktora odontologji.

Sekcja powyższa jest zdania, że na razie zbytecznem jest, aby dentysta posiadał dyplom lekarza chorób ogólnych, dlatego, że z tego powodu niepotrzebnie czas studjów dentystycznych trwa zbyt długo.

Brukselska Komisja nadesłała na ręce przewodniczącego tej sekcji następujące wnioski:

a) W interesie dobra publicznego leży, aby każde państwo za-

broniło zajmowania się dentystyką osobom, nie posiadającym dyplomu z ukończenia specjalnych szkół.

b) Pożądanem jest, aby lekarz, pragnący zajmować się dentystyką, obok dyplomu lekarza posiadał również dyplom dentysty.

Sekcja wnioski te przyjęła jednogłośnie i podniosła je do znaczenia uchwały.

Niezależnie od powyższego w „Wiedeńskim Przeglądzie Klinicznym" umieszczony został list, który widocznie jest odpowiedzią na interpelację stomatologów, praktykujących w Austrji.

Autor listu, dr. Pinkhoff (Holandja), twierdzi że, w ostatnich czasach w państwie powyższem pomyślano o podniesieniu poziomu wiedzy dentystów i wybrano odpowiednią komisję, którą upoważniono do opracowania projektu.

Projekt, przedstawiony przez powyższą komisję ministrowi do uznania, jest następujący:

1) Aby do zajmowania się dentystyką upoważniono wyłącznie stomatologów.

2) Aby słuchacze medycyny, pragnący w przyszłości zajmować się dentystyką, odpowiednio uzupełniali swoją wiedzę, a egzamina ostateczne składali tylko z dentystyki praktycznej.

3) Aby zostawić obecny system kształcenia dentystów w specjalnych szkołach w których jednak na zajęcia praktyczne zwróconoby większą, niż dotąd uwagę.

Minister oświaty zatwierdził projekt trzeci.

Dr. Pinkhoff, kończąc swój list, zaznacza, że w Holandji, jak dotąd, bardzo mała tylko liczba lekarzy zajmuje się dentystyką, i że ogół lekarzy, praktykujących w powyższem państwie, jest zdania, że dla dentysty wiedza wszechlekarska jest zbyteczna i że czas, zużyty na powyższe studja lepiej poświęcić studjom specjalnym. Gdyby nam zależało na wykazaniu, że wszechwiedza lekarska jest zbytecznym balastem dla specjalistów, zajmujących się dentystyką, to wobec tego cośmy wyżej mówili wszelkie komentarze byłyby zbyteczne. Głos ludzi, obradujących w wymienionej sekcji podczas Międzynarodowego kongresu, jest głosem miarodajnym specjalistów całego świata. Korzystając jednak ze sposobności, pragnę zaznaczyć, że my dentyści, praktykujący w Królestwie Polskiem, cenimy nasz zawód bardzo wysoko, że dotychczas nigdy nie twierdziliśmy iż wiedza w szerszym zakresie jest

dla naszej specjalności zbyteczna i możemy co najwyżej solidaryzować się z 2-im wnioskiem, przedstawionym na kongres w Brukseli.

Do walki zaś o nasze prawa wystąpiliśmy jedynie z powodu krzywdy moralnej, jaką nam wyrządzają stomatolodzy, którzy, bagatelizując stronę techniczną naszego zawodu, w dodatku starają się obniżyć naszą wartość, jako przedstawicieli dentystyki.

Podał *F. Idzikowski.*

= **Sprostowanie**. W pracy kol. Zawidzkiego p. t. „Rys ortodontji nowoczesnej“ wydruk. w poprzednich n-rach, zaszły następujące omyłki:

№ 3, str. 75, w 5 od dołu—zamiast „wcale racjonalnie“ *powinno być:* „wcale na trzonowce“.

№ 5, str. 142, w. 5 od dołu — zamiast „nacieramy boraksem“ *powinno być:* „nacieramy boraksem, a położywszy tam nieco łączna, rozpuszczamy je wpierw, aby następnie przylutować drut przygotowany, którego koniec (skośnie spiłowany) powinien być zwilżony boraksem“; str. 143, w. 1 od góry—zam. „(rys. 61)“ *powinno być:* „(rys 62)“; str. 143, w. 7 od dołu — zam. „prędko“ *powinno być:* „rzadko“.

= **Nowe kursy uzupełniające** z dziedziny naszej specjalności mają powstać w Warszawie przy szkole dentystycznej Ajzenberga i Tumarkina; pozwolenie otrzymali dwaj ostatni oraz lekarz wojskowy Popowicz.

= **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich**. W dniu 23 kwietnia r. b. odbyło się nadzwyczajne zebranie członków, któremu przewodniczył kol. Idzikowski; sekretarzował kol. Esigman (starszy). Przewodniczący zakomunikował, że w ostatnim kwartale przyjęto w poczet członków 16 kolegów.

Rozpatrywano projekt utworzenia specjalnego funduszu na wypadek śmierci jednego z członków Kasy. Zgodnie z tym projektem każdy członek po śmierci jednego członka wpłaca rb. 5. Zebrany w ten sposób fundusz zarząd wypłaca wdowie lub najbliższej rodzinie zmarłego członka nie później, jak w ciągu 24 godzin od chwili otrzymania zaświadczenia o śmierci członka. Po wypłaceniu zebranego funduszu skarbnik rozsyła do wszystkich członków odnośne zawiadomienia, poczem każdy członek na rzecz tego funduszu wnosi rb. 5 najpóźniej w ciągu 3 dni. Zebrana suma pozostaje w rękach zarządu do następnego przypadku śmierci. Oprócz tego zarząd zapro-

ponował, aby z dochodów przypadkowych stale uzupełniać zebraną sumę do wysokości rb. 500. Propozycje te, które wywołały ożywioną dyskusję, zostały przyjęte. Dalej rozpatrzono ostatecznie proponowane przez zarząd zmiany i uzupełnienia ustawy Kasy. Sprawy te zostawiono do uznania zarządu.

Na zebranin zarządu, odbytem w dniu 14/V r. b. zaliczono w poczet członków Kasy następujących kolegów: 1) Kona F., 2) Rozenszejna S., 3) Wolfsona A., 4) Rozensztejna S., 5) Wysok-Brewdową Z., 6) Bornsztejnównę D., 7) Wdziękońskiego J., 8) Ebera J., 9) Czechowicza W., 10) Klejna S. (Brzeziny), 11) Josema M., 12) Górskiego F., 13) Kasperskiego L., 14) Zawadzkiego A., 15) Jeżewskiego St. i 16) Gelbarda L.

= **Rosyjski Związek Dentystyczny.** W gronie Rosyjskiego Zw. Dentystycznego powstał projekt utworzenia kasy lub towarzystwa wzajemnej pomocy. Odnośny referat wygłosił niedawno E. Sobolew, prezes Tulskiego T-wa Dentystycznego. Projekt rozesłany został wszystkim towarzystwom dentystycznym, celem zasiągnięcia opinji w tej sprawie. Wyłoniono również komisję dla rozpatrzenia sprawy założenia kooperacyjnego składu dentystycznego. Odnośną ankietę rozesłano towarzystwom dentystycznym.

Na zebraniu, odbytem w dniu 30/XII r. ub. Nikołajew wygłosił referat, „O reklamach i technikach dentystycznych". W konkluzji wyrażono życzenie, aby ,między innemi, rozpowszechniano wybitne wzorki reklam, by w ten sposób nabrały one pewnego rozgłosu wśród czytelników pism specjalnych. Materjał, w ten sposób zebrany, ma być odpowiednio zużyty.

Współpracownik Związku, prof. Zwierzchowski (Petersburg) zakomunikował stan sprawy, dotyczącej reformy szkół dentystycznych. Projekt prawny, aprobowany przez Radę ministrów, minister oświaty wniósł do Dumy Państwowej; obecnie znajduje on się w komisji pod przewodnictwem prof. Anrepa (memorjał za № 31036 z d. 23 września st. st. r. ub. Departamentu oświaty ludowej, dział spraw ogólnych; projekt wniesiony został przez Min. oświaty do Dumy w dniu 9/X st. st. r. ub., zgodnie z uchwałą ostatniej z dnia 15/X st. st. r. ub. oddany został wspomnianej wyżej komisji — *przyp. red.).* Prof. Zwierzchowski będzie upoważniony do działania w kierunku obrony spraw, związanych z tą reformą w duchu dla zawodu najkorzystniej-

szym. Jednocześnie Związek od siebie występuje z odnośnie wymotywowanym memorjałem do wymienionej wyżej komisji oraz grupy członków-postępowców.

Należy zauważyć, że wniesiony przez Ministerjum oświaty projekt w zupełności powtarza tę samą treść projektu, swego czasu wniesionego przez zarząd Związku do Departamentu Medycznego i dotyczącego reformy studjów dentystycznych.

Prof. Zwierzchowski dalej zakomunikował stan obecny sprawy, dotyczącej t. zw. techników dentystycznych. W sprawie tej profesor Zwierzch. poczynił już pewne kroki w Radzie Medycznej, jako przedstawiciel Związku. Wyłoniono komisję, która opracowała projekt prawny, przewidujący tytuł „technika dentystycznego" oraz istnienie szkół technicznych. Projekt ten, opracowany przez komisję, Rada Medyczna jednak odrzuciła. Uchwalono opracować specjalne prawo o technikach dentystycznych, a tymczasowo wydać cyrkularz, opracowany przez inną komisję, obejmujący granice działalności tych techników.

Zarząd Związku postanowił skorzystać z materjału, zebranego przez Nikołajewa (członka zarządu) i dotyczącego wymienionych wyżej techników, i przesłać komisji przy Radzie Medycznej, która rozpatruje poruszoną sprawę, z prośbą o przyjęcie pod uwagę zebranego materjału tego, przeciwko któremu walczy cała korporacja.

— **Połknięcie dostawki.** 25-letni pacjent połknął w nocy płytkę górno-szczękową. Niedomagania wystąpiły w postaci ostrej duszności, mocnych bólów i utrudnionego oddychania. Dostawka utkwiła w okolicy *sterni*. Zgłębnikiem wyczuwano ją w przewodzie pokarmowym. D-r. Brauch w celu wydobycia dostawki zastosował cążki, używane do wydobywania ciał obcych. Lecz wobec tego, że dostawka tkwiła mocno, usunięcie jej udało się dopiero po długich i ostrożnych próbach. Nastąpił później obfity krwotok; inne objawy bolesne natychmiast ustąpiły; gorączka i przeszkody podczas łykania przeszły po 8 dniach. (Münch Med. Woch 15/VIII r. b.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Mazowiecką 8.

Od administracji.

W celu uniknięcia przerwy w wysyłaniu „Kroniki“, uprzejmie prosimy o ostateczne uregulowanie przedpłaty za bieżące półrocze.